UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 34

LES DÉTERMINATIONS ARTICULAIRES DE LA FIÈVRE DE MALTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mars 1923

PAR

LAVENTURE (Joseph-Renald)

Né à Beau-Bassin (Ile Maurice), le 15 avril 1895

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

VEDEL, Professeur, *Président.*
LEENHARDT, Professeur. } *Assesseurs*
LAPEYRE, Agrégé.

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1923

LES
DÉTERMINATIONS ARTICULAIRES
DE LA
FIÈVRE DE MALTE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 34

LES DÉTERMINATIONS ARTICULAIRES DE LA FIÈVRE DE MALTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mars 1923

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

LAVENTURE (Joseph-Renald)

Né à Beau-Bassin (Ile Maurice), le 15 avril 1895

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

VEDEL, Professeur, *Président.*
LEENHARDT, Professeur.
LAPEYRE, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen*.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS(H.)
Médecine légale et médecine sociale	N...
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur* ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. DELMAS (J.).
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).
Clinique des maladies des vieillards	Dr BOUDET.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. GAUSSEL. MARGAROT.	Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
Anatomie	DELMAS (J.).	Accouchements	DELMAS (P.)
Chimie	N...	Histoire natur.	GALAVIELLE. CABANNES.
		Physique	N...

Examinateurs de la thèse :

MM. VEDEL, profr, *président.*
LEENHARDT, professeur.

M. LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance et d'amour filial.

A MON BEAU-FRÈRE ET A SA FAMILLE

A TOUTE MA FAMILLE

J.-R. LAVENTURE.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0129

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui m'a suggéré l'idée de ce travail,
dont il me fait le grand honneur
d'accepter la présidence.

J.-R. LAVENTURE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. JADIN

DOYEN DE LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE STRASBOURG

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEENHARDT

Hommage respectueux.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAPEYRE

J.-R. LAVENTURE.

AVANT-PROPOS

Nous ne saurions laisser passer l'occasion qui nous est offerte à la fin de nos études, sans consigner ici, au début de ce travail, l'expression de nos sentiments envers tous ceux que, d'une façon ou d'une autre, nous avons été appelés à connaître.

Tout d'abord, qu'il nous soit permis d'évoquer la mémoire de ce maître si bon que fut M. le professeur Rauzier! Admis comme externe dans son service en 1918, nous avons appris par ses leçons fertiles, et par ses instructives démonstrations, toutes les satisfactions qu'on pouvait obtenir en médecine.

M. le professeur Tédenat a été notre premier maître. Nous garderons toujours le meilleur souvenir de la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant notre externat de 1916-1917 et notre internat de 1918-1919.

Ce que nous savons de dermatologie et de syphiligraphie est dû à M. le professeur Vedel dans le service duquel nous avons été externe en 1917-1918. Nous l'en remercions bien vivement. Qu'il soit en outre assuré de notre parfaite gratitude pour les soins éclairés qu'il nous a prodigués pendant notre dernière maladie! Nous n'ou-

blierons jamais tous les sages conseils qu'il n'a cessé de nous donner.

M. le docteur G. Giraud, chef de clinique médicale, a été appelé à notre chevet à différentes reprises. Nous le remercions d'avoir toujours su relever notre moral qui parfois, hélas! était bien bas.

Les chefs de service des hôpitaux de Cette et d'Arles-sur-Rhône ont droit à notre reconnaissance pour l'affabilité toute particulière qu'ils ont montrée à notre égard pendant que nous étions leur interne.

L'accueil que nous a fait M. le docteur Dupui pendant notre séjour dans l'Ariège nous a profondément touché. Nous en garderons toujours le meilleur souvenir.

M. P. Siméon, interne des hôpitaux, s'est montré envers nous d'une gentillesse extrême depuis que nous le connaissons. Nous serions heureux de lui prouver que notre amitié est telle qu'il la mérite.

Enfin, nous serions justement taxé d'ingratitude si nous ne disions ici combien nous sommes redevable à Mme Peyrières pour la façon toute naturelle avec laquelle elle s'est occupée de nous pendant notre maladie. Les mille preuves de dévouement qu'elle nous a données méritent mieux et bien plus que de vaines formules de reconnaissance. Nous lui disons tout simplement: Merci! du plus profond de notre cœur.

LES
DÉTERMINATIONS ARTICULAIRES
DE LA
FIÈVRE DE MALTE

INTRODUCTION

Avant que le laboratoire n'eût apporté des méthodes rigoureusement précises et exactement mises au point, c'était sur des probabilités, sur des impressions cliniques que le médecin posait le diagnostic de fièvre de Malte ; on conçoit que plus que toute autre, cette maladie ait subi l'influence de la mode.

On sait de quelle vogue jouit la fièvre de Malte en 1910, à quelle énorme quantité de travaux et de publications elle donna lieu alors. Il suffisait d'une courbe thermique longue et irrégulière, de la présence de quelques phénomènes douloureux, pour qu'on pensât à la mélitococcie. Pour confirmer bactériologiquement ce diagnostic, on se contentait d'un séro de Wright positif à 1/30, taux d'agglutination manifestement trop faible, comme devaient le démontrer des recherches ultérieures. Aussi, toutes les observations publiées à cette époque doivent-elles être revisées avec beaucoup de soin ! Certes,

on ne saurait contester la réalité de certaines épidémies dûment constatées par des médecins avisés, comme celle de Saint-Martial (Cantaloube) ou celle de Saint-Bauzille-de-Montmel (Lagriffoul, Roger et Arnal) ; mais, parmi les cas isolés, nombreux sont ceux qui doivent être révoqués en doute et rattachés au cadre plus vaste d'infections diverses : fièvre typhoïde et surtout tuberculose. Actuellement, pour affirmer l'infection par le Melitensis, on demande au laboratoire de mettre en œuvre ses méthodes les plus scientifiquement précises ; parmi elles, l'hémoculture est la seule qui donne une certitude absolue : 10 à 20 cm^3 de sang sont prélevés aseptiquement à la veine et ensemencés en bouillon peptoné ; au bout de 5 à 20 jours le microbe a poussé ; on repique sur agar et on procède à l'identification du germe. Son aspect morphologique (coccus très fin), ses réactions vis-à-vis des colorants (gram négatif), ses caractères culturaux (colonies en blanc de perle sur agar, culture sur gélose glucosée tournesolée non virée en 7 jours, etc.) ne suffisent point à l'identifier. Il faut, pour acquérir la certitude, agglutiner le microbe isolé, par des sérums spécifiques. Si l'on a affaire au Micrococcus Melitensis on obtient l'agglutination à des taux très élevés (1/5000), mais il est nécessaire d'employer plusieurs sérums antimélitococciques (tous n'ayant pas les mêmes propriétés agglutinantes) et il convient de savoir qu'il existe des Paramelitensis.

Mais il peut arriver que la prise de sang n'ait pas été faite au moment convenable ; l'hémoculture ne pousse pas, on doit se contenter d'un séro-diagnostic. Il faut alors redoubler de prudence.

Découverte par Wright en 1897, la séro-réaction se pratiquait jusqu'en 1912 en utilisant le sérum du malade,

non chauffé, et le taux d'agglutination de 1/30 était considéré par tous comme suffisant. Les bactériologistes montpelliérains et algériens ont montré que l'agglutination du mélitocoque était assez fréquente au taux de 1/30, 1/50 et même 1/100, par le sérum d'individus normaux et surtout de fébricitants. Aussi a-t-on apporté à la méthode des modifications d'importance.

On procède au chauffage préalable du sérum à 56° pendant une demi-heure au moins ; on supprime ainsi les agglutinines banales (Nègre et Raynaud). Le taux d'agglutination minimum est fixé à 1/150 et il est préférable d'aller plus haut, enfin on doit apporter le plus grand soin au choix des souches de Melitensis utilisées.

En prenant ces précautions, on peut considérer comme valables les résultats fournis par le séro de Wright.

Les procédés de laboratoire revêtent ici une importance considérable : c'est qu'il est à peu près impossible, par les seuls moyens cliniques, d'affirmer le diagnostic de fièvre de Malte. Se présentant sous les formes cliniques les plus diverses, cette affection est pourvue d'une symptomatologie singulièrement riche et touffue, sans qu'on y puisse relever un seul signe caractéristique. Cependant, si dans le tableau clinique complexe de de la mélitococcie le symptôme pathognomonique fait défaut, il est des manifestations morbides dont la fréquence et l'intensité ont depuis longtemps frappé l'esprit des observateurs ; les déterminations articulaires sont du nombre et viennent en première ligne.

Une malade, hospitalisée dans le service du professeur Vedel, a présenté au cours d'une infection mélitococcique des atteintes articulaires particulièrement nettes. C'est cette observation qui nous a servi de point de

départ; on la trouvera relatée plus loin. Nous avons fait, à cette occasion, une revue générale des déterminations articulaires de la fièvre de Malte, nous avons étudié successivement leurs formes cliniques, leur diagnostic, leur pathogénie et leur traitement.

OBSERVATION

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur Vedel)

P... Séraphie, âgée de 38 ans, ménagère, entre dans le service du professeur Vedel le 4 juillet 1922 pour asthénie, amaigrissement et algies multiples.

De complexion faible, P... Séraphie a un passé pathologique assez chargé. Mariée à 28 ans, elle a eu une grossesse normale et a accouché à terme d'un enfant bien constitué et actuellement encore en bonne santé.

En 1912, elle fut atteinte d'une affection pulmonaire étiquetée pleuro-pneumonie, qui guérit au bout de trois semaines.

En 1918 se déclara un érysipèle de la face qui disparut rapidement; quatre mois plus tard, la malade, étant en période menstruelle, aurait eu une frayeur violente: les règles s'arrêtèrent subitement; elles n'ont plus jamais réapparu et depuis ce moment P... Séraphie éprouve très fréquemment des malaises divers: vertiges, bouffées de chaleur, algies occupant la région lombaire ou les membres inférieurs, parfois sensation de pesanteur douloureuse au niveau du bas-ventre. C'est aussi depuis cette époque que se montre de temps en temps (1 à 3 fois

par mois) un phénomène qui étonne et alarme notre sujet: dans le courant de la matinée, les doigts des deux mains, symétriquement, prennent une coloration blanche, ils deviennent exsangues depuis leur extrémité distale jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne. Ces troubles s'accompagnent de sensations pénibles de fourmillement, de doigt mort, puis au bout de 3 ou 4 heures les doigts reprennent une coloration normale et tout rentre dans l'ordre.

Malgré ces malaises, l'état général était resté bon et les troubles qui motivent l'entrée de la malade à l'hôpital ont débuté seulement dans les premiers jours du mois de juin 1922; ils se sont installés très insidieusement, très progressivement. D'abord se sont montrées des douleurs au niveau des articulations et en particulier des grandes articulations (coude, épaule, genou, hanche). Ces douleurs étaient continues, sans paroxysmes, la fatigue les exagérait un peu, car elles étaient plus pénibles le soir. Aucune tuméfaction, aucune rougeur n'accompagnaient ces algies. En même temps la malade perdait rapidement ses forces; le 15 juin elle dut s'aliter. Ses jambes étaient alors légèrement enflées et elle souffrait des épaules, de la région dorso-lombaire et des genoux. Un médecin fut appelé : il constata une température élevée (40°) et imposa le régime lacté. Depuis ce moment la malade n'a pas quitté le lit. Le thermomètre, irrégulièrement placé, aurait toujours indiqué une forte hyperthermie. Devant la persistance de cette hyperthermie et des phénomènes douloureux, P... S., sur les conseils de son médecin, se décide à entrer à l'Hôpital Suburbain.

C'est une femme de petite taille, légèrement amaigrie, mais dont l'état général paraît suffisant; elle répond

avec précision aux questions qu'on lui pose. En plus des troubles vaso-moteurs (vertiges, bouffées de chaleur, syncopes locales) signalés ci-dessus et qui sont de vieille date, la malade accuse encore des sensations douloureuses au niveau des genoux et des épaules, mais qui vont, dit-elle, en diminuant d'intensité chaque jour. Elle se sent très affaiblie, ressent parfois des crampes dans les mollets la nuit, et ne peut dormir. Elle n'a pas de céphalée. Jamais elle n'a eu ni nausées, ni vommissements, mais elle manque d'appétit et est constipée. Elle éprouve de temps en temps des douleurs abdominales, fugaces et sans localisation précise. Elle ne tousse pas, ne crache pas, n'a pas de palpitations.

L'examen ne révèle aucune lésion importante. On ne constate pas le moindre gonflement articulaire et les jointures sont indolores à la palpation ; tous les mouvements passifs ou actifs s'accomplissent avec leur amplitude normale et n'exagèrent pas la douleur spontanée. Les réflexes tendineux paraissent un peu vifs. Les pupilles sont égales, régulières et contractiles.

Du côté de l'appareil respiratoire on note seulement une vague submatité au sommet gauche en avant, et de l'obscurité respiratoire dans la fosse sus-épineuse du même côté.

La langue est recouverte d'un épais enduit saburral ; le ventre est souple, sans gargouillements ; le foie est de dimensions normales ; la rate n'est pas accessible à la percussion.

Au cœur, le premier bruit est prolongé, il n'y a pas de souffle ; le pouls bat régulièrement à 90. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Tension : maxima, 11,5 ; minima, 8 (appareil de Laubry).

Température : 37°2 le matin, 39° le soir.

En présence de ce tableau clinique essentiellement caractérisé par l'altération de l'état général, les arthralgies, l'hyperthermie vespérale et devant la pauvreté des signes objectifs, le diagnostic s'oriente vers une tuberculose au début, opinion que semble d'abord confirmer l'évolution ultérieure.

Le 13 juillet, la malade se plaint d'éprouver une douleur à la base gauche et on découvre à ce niveau quelques frottements discrets. Le 15 juillet, on croit percevoir à la toux quelques craquements au sommet gauche en arrière, au sommet droit en avant. La température restant élevée (39°2), on prescrit de la cryogénine (0 gr. 50 *pro die*). La courbe thermométrique s'abaisse, mais le 31 juillet la malade présente un érythème généralisé qui est attribué au médicament. Suppression de la cryogénine, et disparition de l'éruption dès le lendemain.

Le 19 août, P... S. accuse une douleur assez vive au niveau du genou droit qui paraît légèrement augmenté de volume ; les téguments ont leur coloration normale. Il est possible (mais non facile) d'obtenir le phénomène du choc rotulien : il y a donc une très légère hydarthrose. Au reste, les mouvements de l'article s'effectuent normalement, seule la flexion forcée est un peu douloureuse. La palpation du genou est absolument indolore, mais la pression au niveau de la tubérosité antérieure du tibia révèle en un point très localisé une douleur exquise. La lésion paraît cliniquement extra-articulaire ; on pense qu'il s'agit d'une inflammation de la bourse séreuse qui est située sous le tendon rotulien au voisinage de son insertion (bourse prétibiale des anatomistes) avec légère réaction de la synoviale articulaire. On fait pratiquer une radiographie de face et de profil : aucune

lésion n'est visible sur les clichés. On prescrit : enveloppement ouaté, badigeonnages à la teinture d'iode gaïacolée, etc. La douleur et la tuméfaction persistèrent une vingtaine de jours, puis s'effacèrent peu à peu. Pendant ce temps une nouvelle poussée fébrile s'était dessinée.

C'est alors que l'aspect de la courbe, la longue durée de l'affection, la présence des phénomènes douloureux firent penser à une mélitococcie, diagnostic qu'une hémoculture et un séro-diagnostic vinrent bientôt confirmer (voir plus loin).

Vers le 20 septembre, la malade se plaint d'éprouver des douleurs dans la région lombaire. L'examen montra seulement une contracture antalgique des muscles spinaux. La percussion forte des apophyses épineuses réveillait bien une douleur mais qu'il était impossible de localiser en un point. Au bout d'une quinzaine de jours ces douleurs s'atténuèrent et la malade put se lever, mais elle n'était pas au bout de ses peines.

En effet, le 24 octobre elle accusait une douleur au niveau du coude droit, douleur spontanée, continue, vive mais non insupportable, très nettement exagérée par les mouvements de flexion ou d'extension de l'avant-bras sur le bras. La malade se présente à l'examen son avant-bras droit maintenu en demi-flexion par la main du côté opposé. La région du coude est globuleuse, élargie ; pas de rougeur des téguments. Les mouvements spontanés et provoqués sont très douloureux. La palpation permet de sentir les culs-de-sac synoviaux tendus, encadrant l'olécrâne à la manière d'un bourrelet : on est en présence d'une arthrite mélitococcique. La tuméfaction douloureuse de l'article a persisté pendant une dizaine de jours, puis elle s'est atténuée progressivement et avait complètement disparu au bout d'un mois.

Actuellement (15 février 1923), l'état général est satisfaisant ; la malade signale encore des douleurs au niveau des genoux et de la colonne lombaire ; l'examen ne montre aucun signe objectif, mais la courbe des températures n'est pas stable et monte assez fréquemment à 38°.

Cette longue affection dont l'évolution se poursuit encore est bien une mélitococcie, dûment identifiée par les méthodes de laboratoire.

Une hémoculture en bouillon pratiquée le 5 septembre est vue positive le 10. Repiquée sur gélose, elle donne une culture discrète : l'examen microscopique montre des cocci très fins à gram négatif. Des réensemencements pratiqués dans les mêmes conditions ont donné des résultats identiques. Des sérums antimélitococciques sont essayés sur des dilutions de cette culture ; l'agglutination est encore positive au taux de 1/5000.

D'autre part, on a pratiqué avec le sérum de la malade la réaction de Wright : l'agglutination des dilutions des cultures de l'Institut Pasteur par le sérum du malade chauffé pendant 3/4 d'heure à 56° est fortement positive aux taux de 1/500, 1/1000, 1/1500.

Ajoutons qu'un auto-vaccin a été essayé ; mais chaque piqûre ayant déterminé la formation d'un abcès (à pus stérile), cette thérapeutique dut être rapidement abandonnée.

Cette observation appelle, du point de vue spécial qui nous intéresse, quelques commentaires :

Les manifestations articulaires ont été de deux ordres : arthralgies, arthrites séreuses.

Les arthralgies se sont manifestées dès les premiers jours de la maladie et ont persisté durant toute l'évolu-

tion. Remarquons que P... S. était depuis plusieurs années sujette à des troubles douloureux multiples, troubles qu'elle-même rapportait à une ménopause précoce ; l'infection mélitococcique et l'insuffisance ovarienne ont, sans doute, combiné leurs effets pour donner aux arthralgies une intensité et une ténacité remarquables.

La bursite prétibiale et l'arthrite du coude se sont développées respectivement au 3e et au 5e mois, à l'occasion d'une poussée fébrile. Le gonflement articulaire, d'ailleurs modéré, ne s'accompagnait pas de rougeur des téguments. Ces phénomènes morbides d'allure bénigne ont disparu rapidement, en une quinzaine de jours ; et, sans qu'on ait eu besoin de mettre en œuvre une mécanothérapie intensive, l'articulation intéressée a conservé l'intégrité de ses mouvements.

Ces quelques caractères (apparition tardive, tuméfaction simple sans tendance à la suppuration ni à l'ankylose, évolution rapide et bénigne) méritaient d'être mis en évidence car ils se retrouvent à peu près constamment dans les déterminations articulaires de la mélitococcie.

REVUE GÉNÉRALE

Les déterminations articulaires sont de règle dans la fièvre de Malte.

Si Eyre (1908) n'avait observé des arthralgies ou des arthrites que dans 1/5 des cas, tous les auteurs qui lui ont succédé sont d'accord pour reconnaître la quasi constance de ces localisations dans la fièvre méditerranéenne. Tous les malades de St-Bauzille-de-Montmel, tous ceux de St-Martial ont eu peu ou prou leurs articulations visitées par le mélitocoque.

FORMES CLINIQUES

Le plus souvent c'est de façon aiguë que l'articulation réagit à l'infection mélitensique; nous étudierons en premier lieu ces formes aiguës du pseudo-rhumatisme méditerranéen.

Il est possible, mais tout à fait exceptionnel, que s'installe une arthrite mélitococcique subaiguë ou chronique : c'est par l'exposé de ces formes chroniques que nous terminerons cette brève étude.

A. **Formes aiguës.** — De la simple arthralgie à l'arthrite suppurée tous les degrés ont été observés.

1° *Arthralgies.* — Elles sont de beaucoup la manifestation la plus fréquente. Observées dans 75 p. 100 des cas environ, les douleurs articulaires se montrent parfois dès les premiers jours de l'infection, mais le plus souvent elles apparaissent assez tard, au cours de la seconde ou de la troisième onde fébrile, parfois au moment de la convalescence. Le plus souvent une seule articulation se trouve prise, et c'est une grande articulation (genou, hanche, coude, épaule). Aucune tuméfaction, aucune rougeur n'accompagnent la douleur. Les mouvements de l'article, à condition qu'ils ne soient

point forcés, s'effectuent correctement et souvent sans exagérer la douleur qui est uniquement spontanée. Au bout de 4 ou 5 jours tout paraît terminé ; mais souvent alors une autre articulation se prend à son tour et les mêmes phénomènes peuvent se reproduire à plusieurs reprises.

D'après certains auteurs une localisation très fréquente serait l'interligne sacro-iliaque.

« L'arthralgie sacro-iliaque s'observe chez les 3/5 des malades qui, pour l'éviter, raidissent leurs muscles lombaires dès qu'on les fait asseoir dans leur lit et prennent mille précautions pour se mouvoir tout d'une pièce. La palpation la réveille facilement, à droite et à gauche de la colonne vértébrale, au niveau des articulations sacro-iliaques » (Darbois).

Ces douleurs sont erratiques et fugaces ; elles vont souvent, paraît-il, des grandes aux petites articulations ; de sorte qu'à la dernière période de la maladie, ce sont les petites jointures des pieds et des mains qui en sont atteintes, d'où cette croyance populaire à Malte que « les douleurs des pieds et des mains indiquent le commencement de la fin, le virus de cette maladie tendant à quitter le corps par les extrémités des membres» (Hayat).

D'autres fois, mais plus rarement, les arthralgies ont une intensité beaucoup plus grande ; la douleur est très vive, elle détermine des contractures, le membre se met en position vicieuse et on peut avoir des inquiétudes pour la mobilité ultérieure de l'article ; puis très rapidement les symptômes s'amendent et disparaissent sans laisser de traces.

Un degré de plus, la séreuse articulaire réagit par un exsudat et c'est l'arthrite séreuse.

2° *Arthrite séreuse.* — L'arthrite séreuse se montre dans les mêmes conditions que l'arthralgie. Comme elle, elle est une manifestation plutôt tardive et elle se localise avec élection sur les grandes articulations. Son début se fait généralement avec rapidité et, au moment où le sujet se plaint de son articulation, l'hydarthrose est constituée.

A l'inspection, la peau n'est ni chaude, ni colorée, ni œdématiée. On ne constate qu'une augmentation de volume ou un changement de forme de la région articulaire. Les méplats sont effacés.

Au genou, l'épanchement est généralement abondant, on voit les culs-de-sac synoviaux dilatés, le sous-tricipital surtout. On obtient facilement le choc rotulien. La palpation de l'article est un peu douloureuse ; les mouvements actifs et passifs sont diminués d'amplitude, limités par la douleur qu'ils provoquent. La jambe se met en demi-flexion sur la cuisse.

Au coude, c'est tout autour de l'olécrâne qu'on voit et qu'on sent une saillie anormale ; l'avant-bras est à demi fléchi.

A l'épaule, la tuméfaction peut se percevoir au niveau de l'interstice musculaire du deltoïde et du grand pectoral. A la hanche, le gonflement et la fluctuation ne sont généralement pas perceptibles, mais la cuisse se met en flexion sur le bassin.

En une ou deux semaines, parfois moins, la douleur et le gonflement disparaissent ; l'atrophie musculaire n'a pas le temps de devenir apparente, l'articulation recouvre intégralement sa mobilité. Mais il arrive très fréquemment que des symptômes identiques se montrent alors au niveau d'une autre articulation et l'on voit que ces fluxions pseudo-rhumatismales peuvent par leur évo-

lution rapide, par leurs migrations, rappeler d'assez près celles du rhumatisme articulaire aigu.

Plus rarement ce sont les petites articulations qui sont intéressées : jointures des mains et des pieds et surtout articulations chondro-costales ou chondro-sternales.

H. Roger décrit une autre forme d'arthrite séreuse mélitococcique, mais à la vérité beaucoup moins fréquente : « Hydarthrose avec gonflement articulaire subit, rougeur intense quasi érysipélateuse. La suppuration paraît imminente : au bout de quelques jours les symptômes rétrocèdent, sans que la ponction ait jamais ramené du pus. » C'est la rapidité d'évolution de ces signes inflammatoires alarmants qui épargne aux malades une intervention chirurgicale intempestive.

La ponction, bien souvent pratiquée, a toujours, dans ces cas, ramené un liquide clair, citrin.

3° *Arthrite plastique.* — C'est une forme rare et dont la description ne nous arrêtera pas longuement. Tout se passe d'abord comme dans la forme précédente : gonflement articulaire rapide, absence de réaction cutanée, douleur assez vive, position vicieuse du membre ; mais ici la tuméfaction persiste plus longuement et, lorsqu'elle s'efface, lorsque les phénomènes inflammatoires disparaissent, on constate que l'articulation reste ankylosée. A vrai dire une mécanothérapie précoce empêcherait à coup sûr l'ankylose de se produire et c'est souvent l'indocilité du malade qui cause son infirmité. C'est ainsi que Cantaloube a pu observer un genou atteint d'ostéo-arthrite, soudé en position vicieuse et que le malade refusa de laisser soigner.

4° *Arthrite suppurée.* — Elle est exceptionnelle. La tuméfaction de l'article s'accompagne de chaleur et de

rougeur érysipélateuse des téguments ; très rapidement le membre se met en position vicieuse et l'atrophie musculaire devient évidente. Une fièvre à grandes oscillations souligne la gravité des phénomènes locaux. Heureusement, la pyarthrose mélitococcique ne s'observe pour ainsi dire jamais au niveau des jointures des membres ; c'est aux articulations chondro-sternales qu'on l'a signalée le plus souvent (Roger et Narik). Sur un des bords du sternum on voit se former une petite tuméfaction rouge, la fluctuation est bientôt très nette, et, si le bistouri ne devance pas l'évolution naturelle, l'abcès s'ouvre spontanément, évacuant une petite quantité de pus crémeux. La guérison dans les divers cas rapportés s'est faite rapidement sans incidents.

B. **Formes chroniques.** — L'arthrite mélitococcique subaiguë ou chronique est une rareté. Il faut en décrire deux aspects suivant que : une seule ou plusieurs articulations sont touchées par le processus.

1° *Forme monoarticulaire.* — C'est presque toujours l'articulation de la hanche qui est intéressée. La symptomatologie rappelle de très près celle de l'ostéo-arthrite tuberculeuse avec laquelle on la confond à peu près inévitablement, au début du moins ; aussi Gillot a-t-il décrit ces cas sous le nom de « pseudo-coxalgie méditerranéenne ». Au cours d'une infection fébrile de longue durée, le malade, un enfant généralement, souffre d'une hanche. Aucune tuméfaction n'est perceptible mais la douleur persiste et s'accentue ; la cuisse s'atrophie et se fléchit sur le bassin, les mouvements sont très douloureux. On applique l'extension continue ou un appareil plâtré ; puis, au bout d'un temps variable de deux à quatre mois, les phénomènes locaux disparaissent comme

par enchantement. Cependant la fièvre continue. C'est alors qu'on pense à la fièvre de Malte et l'hémoculture ou le séro de Wrigt viennent confirmer le diagnostic.

Toutes les observations de pseudo-coxalgie méditerranéenne paraissent calquées les unes sur les autres (Gillot, Cignozzi) et sont conformes au schéma que nous venons de tracer.

Les autres localisations articulaires chroniques de la fièvre de Malte doivent être tout à fait exceptionnelles : nous n'en avons point trouvé d'exemple relaté, au cours de nos recherches.

2° *Forme polyarticulaire.* — Elle a été décrite par Lagriffoul et Roger à l'occasion d'une observation. Il s'agissait d'une malade qui, trois ans après une infection fébrile aiguë non caractérisée, présentait un rhumatisme chronique généralisé déformant. Cette malade toussait, crachait, et « présentait quelques signes aux sommets ». Le séro de Wright fut positif à 1/30. Il est bien difficile à l'heure actuelle de considérer comme authentique une fièvre de Malte aussi sommairement identifiée. D'autre part, aucune autre observation de rhumatisme chronique mélitococcique n'ayant été publiée, il est probable que cette forme polyarticulaire chronique n'existe pas.

DIAGNOSTIC

Si c'est au cours d'une fièvre de Malte déjà reconnue et authentifiée que se montrent les déterminations articulaires, rien n'est plus facile que de les rattacher à leur véritable cause ; cette partie du diagnostic n'a pas besoin d'être présentée. En se plaçant à un point de vue théorique, un seul cas embarrassant peut être envisagé : celui où, au cours d'une fièvre de Malte, se montrerait une arthrite d'une autre nature, tuberculeuse par exemple. Le diagnostic est alors pratiquement impossible au début et n'est éclairé que par l'évolution. Pieri pense avoir vu une arthrite mélitococcique se transformer en arthrite tuberculeuse : nous croyons plus vraisemblable qu'il s'est agi d'une arthrite d'emblée tuberculeuse se manifestant au cours d'une mélitococcie. De tels faits sont absolument exceptionnels et, pratiquement, toutes les manifestations articulaires observées pendant une fièvre de Malte peuvent être, sans crainte, mises sur le compte du mélitocoque.

Mais, en clinique, les choses s'offrent généralement d'une façon différente : un sujet fébricitant depuis plusieurs semaines présente soudain des arthralgies ou des hydarthroses. Il s'agit de reconnaître, d'après leurs

caractères, la véritable nature de ces troubles articulaires.

On ne confondra point les fluxions du pseudo-rhumatisme méditerranéen avec celles du rhumatisme articulaire aigu vrai. Comme la fièvre de Malte, le rhumatisme articulaire aigu s'accompagne d'hyperthermie et de sueurs, les fluxions articulaires y présentent la même fugacité et la même prédilection pour les grandes articulations ; dans les deux cas elles passent rapidement d'une jointure à une autre. Mais, dans le rhumatisme vrai, c'est dès les premiers jours de l'hyperthermie qu'apparaissent les tuméfactions articulaires ; la douleur est très vive, provoquée par le moindre attouchement, le frôlement du membre malade arrache des cris au patient, enfin le traitement salicylé « mord » rapidement sur ces phénomènes. Dans la mélitococcie, c'est au bout de plusieurs semaines, parfois de plusieurs mois que se montrent les arthrites, la douleur est beaucoup moins vive et nullement influencée par le salicylate. Ces caractères différentiels sont le plus souvent suffisants ; parfois, cependant, le diagnostic reste hésitant et l'intervention du laboratoire devient nécessaire.

La confusion avec les autres pseudo-rhumatismes infectieux sera souvent plus difficile à éviter. On sait que toutes les infections peuvent donner naissance à des déterminations articulaires. Ces arthropathies surviennent au cours des maladies infectieuses ou à leur déclin, rarement à leur début. Elles ne frappent souvent qu'une ou plusieurs articulations, ne se généralisant jamais. Les phénomènes locaux consistent en une tuméfaction douloureuse de l'articulation intéressée.

Ce tableau se rapproche beaucoup, on le voit, de celui

de l'arthrite séreuse méditerranéenne ; il y a cependant quelques différences ; les fluxions articulaires dues à une infection banale n'ont point ce caractère de mobilité, de fugacité qui est si frappant dans la mélitococcie ; elles sont plus fixes et s'accompagnent très souvent d'un œdème rouge des téguments, à apparence phlegmoneuse, aspect qui est exceptionnel dans la fièvre de Malte. Enfin, souvent, du pus se forme dans l'article lésé ; le Micrococcus Melitensis, au contraire, n'est pour ainsi dire jamais pyogène.

On le voit par ce court exposé, les arthrites séreuses de la fièvre de Malte revêtent dans les cas typiques une allure bien spéciale ; et, loin d'être une cause d'erreur, elles orientent et facilitent le diagnostic.

Il nous paraît inutile de faire le diagnostic différentiel des formes suppurées, tant elles sont rares. Rappelons seulement que la localisation chondro-sternale est assez particulière à la fièvre méditerranéenne et pourra, dans certains cas, éclairer sur la nature de la maladie.

Si l'on a affaire à une arthrite chronique de la hanche, on pensera fatalement à la coxalgie ; l'erreur a été commise chaque fois, elle paraît inévitable. La douleur, la claudication, la contracture, l'atrophie musculaire sont communes à la coxalgie vraie et à la pseudo-coxalgie méditerranéenne, et c'est l'évolution des phénomènes locaux et des phénomènes généraux qui viendra ultérieurement montrer l'erreur : du côté de l'articulation, les signes inflammatoires disparaissent subitement ou très rapidement ; du côté de l'état général, la fièvre persiste et cette hyperthermie contraste avec la sédation de l'état local. C'est alors généralement qu'on rejette le diagnostic de tuberculose et que l'hypothèse d'une infection à Melitensis est envisagée.

En résumé, le diagnostic différentiel d'arthrite mélitococcique est souvent possible par une investigation clinique minutieuse, mais, répétons-le, seul le laboratoire peut apporter la certitude.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des pseudo-rhumatismes infectieux en général a suscité de nombreuses discussions. Une maladie infectieuse peut amener une réaction articulaire grâce à trois processus différents : Parfois le germe même qui est à l'origine de l'affection causale se localise au niveau de la séreuse articulaire et en détermine l'inflammation ; ces cas ne sont pas les plus fréquents. Bien souvent, d'après Widal, c'est un microbe d'association secondaire qui est en cause : streptocoque, staphylocoque, tétragène, etc., dont l'infection primitive a facilité la pénétration et favorisé le développement. Enfin, il arrive que le liquide épanché dans l'articulation est stérile ; ce n'est plus alors le germe lui-même que l'on incrimine, mais ses toxines. Il en est ainsi dans la diphtérie, la dysenterie.

Comment se passent les choses dans la fièvre de Malte ? Tous les auteurs signalent que dans deux cas cas (Gilmour, Kennedy) le Micococcus Melitensis put être retrouvé dans le liquide séreux retiré par ponction articulaire ; mais ces constatations étaient déjà anciennes (1907), elles n'avaient pas été renouvelées et un

doute planait sur la nature intime des arthrites méditerranéennes. Il était peu probable, à priori, qu'un microbe d'infection secondaire fût ici la cause des déterminations articulaires (ces microbes sont, en effet, très volontiers pyogènes), mais c'était peut-être une toxine mélitensique qui était coupable, ou encore l'influence d'une irritation du système nerveux.

Des expériences récentes paraissent avoir définitivement résolu le problème : elles ont été relatées dans une courte communication à l'Académie des sciences, le 3 avril 1922, par Et. Burnet. Cet auteur infecte une centaine de cobayes par le Micrococcus Melitensis (inoculation sous-cutanée ou ingestion). Au bout de dix à douze semaines il constate qu'une vingtaine des animaux en expérience sont atteints d'arthrites. En piquant avec une pipette l'articulation malade on pouvait aspirer quelques gouttes de sérosité ; ces gouttelettes ensemencées ont chaque fois donné naissance à des cultures plus ou moins abondantes de Micrococcus Melitensis.

Ces faits, conclut Burnet, mettent hors de doute l'existence d'arthrites à Melitensis et donnent l'explication de la fréquence des complications analogues que l'on observe dans la fièvre méditerranéenne de l'homme.

TRAITEMENT

Nous avons, chemin faisant, suffisamment insisté sur la rapidité d'évolution et la bénignité ordinaire des arthrites mélitococciques pour traiter rapidement ce chapitre.

Le plus souvent, en effet, il est inutile de mettre en œuvre une thérapeutique efficace : c'est spontanément et rapidement que les phénomènes évoluent vers la guérison intégrale. Pour satisfaire le malade et son entourage on pourra être amené à instituer un traitement symptomatique banal dont les enveloppements ouatés, les badigeonnages iodés *loco dolenti*, l'aspirine, feront les frais.

Au cas où l'épanchement tarderait à se résorber, la ponction évacuatrice serait pratiquée ; on pourrait la faire suivre, comme cela a été récemment proposé, d'injection d'air stérile et d'huile iodée.

Si l'on se trouvait en présence d'une arthrite suppurée, l'intervention chirurgicale serait indiquée et l'arthrotomie aurait les plus grandes chances de donner un résultat favorable.

Enfin, dans des cas très rares où les déterminations articulaires revêtent un caractère inquiétant soit par

leur ténacité, soit par leur multiplicité, on aura le devoir d'essayer un traitement spécifique : la sérothérapie antimélitococcique (sérum antitoxique de Sergent) ne paraît pas influencer l'évolution des arthrites ; la vaccinothérapie (stock-vaccin de Nicolle, ou mieux encore auto-vaccin) donnerait probablement des résultats plus encourageants.

CONCLUSIONS

I. — Les déterminations articulaires de la fièvre de Malte sont d'une fréquence extrême : elles constituent un des symptômes les plus frappants de la maladie.

II. — C'est sous la forme d'arthralgie ou d'arthrite séreuse qu'on les observe presque toujours. Les autres variétés (plastique, suppurée, chronique) sont exceptionnelles.

III. — Mono ou oligo-articulaires, intéressant de préférence les grandes jointures des membres ou l'interligne sacro-iliaque, ces arthrites se caractérisent par leur bénignité et la rapidité de leur évolution.

IV. — Leur apparition au cours d'une pyrexie de nature indéterminée doit faire penser à la mélitococcie, diagnostic qui demandera toujours à être confirmé par les méthodes de laboratoire.

V. — C'est bien le Micrococcus Melitensis qui est la cause de ces déterminations articulaires : expérimentalement, en effet, ce germe a été retrouvé d'une façon constante dans les liquides d'hydarthrose.

BIBLIOGRAPHIE

Burnet. — Sur un type d'arthrite constaté fréquemment chez les cobayes infectés par le Micrococcus Melitensis (Académie des sciences, 3 avril 1922).

Cantaloube. — Une épidémie de fièvre de Malte dans le département du Gard (Montpellier Médical, 20 février 1910).

Cignozzi. — La coxo-psoïte de la fièvre de Malte simulant la coxalgie (Riforma Medica, tome XXXVII, n° 29, 16 juillet 1921).

Darbois. — Les petits signes de la fièvre de Malte (Presse Médicale, 19 mars 1910).

Eyre. — The milroy lectures on Melitensis Septicæmia (Lancet, 1908).

Gillot. — Pseudo-coxalgie méditerranéenne Association pour l'avancement des sciences, 1908).

Gouget. — Fièvre de Malte (Presse Médicale, 19 mars 1910).

Kennedy. — Reports of the Commission of mediterranean fever, (1905-1907).

Lagriffoul, Arnal et H. Roger. — La fièvre de Malte dans l'Hérault (Société de Biologie, 7 janvier 1910).

Lagriffoul et H. Roger. — Le pseudo-rhumatisme méditerranéen (Gazette des Hôpitaux, 14 juin 1910).

ROGER (H.). — La fièvre de Malte (Gazette des Hôpitaux, 22 et 29 janvier 1910).

— Article « Fièvre de Malte », *in* Traité de pathologie médicale (Collection Sergent), tome XV, page 495, 1921.

SACQUEPÉE. — Article « Fièvre de Malte », *in* Nouveau Traité de médecine, tome III, page 412, 1921.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Les déterminations articulaires de la fièvre de Malte,

par Joseph-Renald Laventure.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 9 mars 1923.

Le Professeur,

VEDEL.

VU :

Montpellier, le 9 mars 1923.

Pour le Doyen,

L'Assesseur délégué,

FORGUE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 9 mars 1923.

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!